

LUCYNA PŁASZEWSKA-ŻYWKO, JADWIGA JANUSZ, MARIA KÓZKA,
AGATA RECZEK

DOZNANIA BÓLOWE I POZIOM LĘKU U CHORYCH LECZONYCH
W IZBIE PRZYJĘĆ*

*PAIN SENSATIONS AND LEVEL OF ANXIETY AMONG PATIENTS TREATED
IN ADMITTANCE DEPARTMENT*

Z Wydziału Ochrony Zdrowia Collegium Medicum
Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Praca omawia wyniki badań pacjentów, którzy zgłaszali się do szpitalnej izby przyjęć z powodu dolegliwości bólowych. Oceniano ich doznanie bólowe, poziom lęku, natężenie bólu, oraz skuteczność zastosowanego postępowania przeciwbólowego.

SŁOWA KLUCZOWE: ból, lęk, chory w Izbie Przyjęć.

KEY WORDS: pain, anxiety, emergency unit.

Ból jest jednym z najsilniejszych stresorów o wyraźnym charakterze subiektywnym, wskazującym na zagrożenie organizmu [1]. Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu definiuje ból jako nieprzyjemne doświadczenie zmysłowe i emocjonalne, któremu towarzyszy potencjalne lub rzeczywiste uszkodzenie tkanek [2]. Według *Dobrogowskiego* i *Wordliczka* ból jest doznaniem czuciowym, związanym zarówno z działaniem uszkadzającego bodźca, lub też odnoszącym się do ewentualnego uszkodzenia i jest spostrzegany na podstawie psychicznej interpretacji zachodzących zjawisk, zweryfikowanych przez wcześniejsze doświadczenia i uwarunkowania psychosomatyczne [3].

Ból jest zjawiskiem często występującym. W Polsce do najczęstszych dolegliwości bólowych należą: bóle głowy (60%), bóle kręgosłupa (40%), dolegliwości reumatyczne (30%) i migrena (15%). Ciężkich dolegliwości bólowych doświadcza około 40% chorych z chorobą nowotworową i aż 80% w terminalnej fazie tej choroby. Polska zajmuje w Europie drugie miejsce pod względem ilości kupowanych bez recepty środków przeciwbólowych [4].

* Praca wygłoszona na Międzynarodowej Konferencji Naukowej Dni Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego „Środowisko człowieka a jego zdrowie” Kielce 14–16 września 2007.

Reakcje na ból obejmują między innymi reakcje wegetatywne, przejawiające się podwyższonym ciśnieniem krwi, przyspieszeniem tętna, nadmiernym wydzielaniem potu, rozszerzeniem źrenic lub przekrwieniem skóry wywołanym rozszerzeniem naczyń. Wynikiem reakcji humoralnej jest wydzielanie do krwi wielu substancji, które biorą udział w odpowiedzi organizmu na uraz. Według *Bishop* [7], zachowania bólowe mogą się również przejawiać w zaburzeniach ruchowych, negatywnych formach afektacji oraz różnych sposobach wyrażania dyskomfortu. Reakcja ruchowa bywa często zjawiskiem odruchowym, niezależnym, mającym na celu zmniejszenie działania i skutków czynnika szkodliwego wywołującego ból [6]. Reakcje na ból są indywidualne i zależą od wielu czynników [2].

Współcześnie niesienie ulgi w bólu powinno należeć do działań priorytetowych medycyny. W wielu placówkach służby zdrowia w Polsce nie stosuje się jednak skal do oceny bólu, ani też nie ocenia innych towarzyszących bólowi doznań.

CEL BADANIA

Celem badań była ocena doznań bólowych i poziomu lęku u pacjentów zgłaszających się do izby przyjęć. Oceniano natężenie bólu, czynniki wpływające na doznania bólowe oraz skuteczność zastosowanego postępowania przeciwbólowego.

MATERIAŁ I METODY

Badaniami objęto 86 pacjentów (46 kobiet i 40 mężczyzn) zgłaszających się do Izby Przyjęć szpitala ogólnego w okresie od września 2004 do stycznia 2005 r. Wiek badanych wynosił 18-76 (średnio $42,2 \pm 15,6$) lat i był porównywalny u mężczyzn i kobiet ($44,0 \pm 15,9$ vs $41,4 \pm 15,5$). Do badań kwalifikowano chorych bez zaburzeń przytomności, u których ból wystąpił w ciągu ostatnich 48 godzin i którzy nie byli w ostrej fazie bólu w chwili badania. Do celów badawczych opracowano kwestionariusz ankiety zawierający dane socjo-demograficzne oraz 27 pytań, które dotyczyły: rodzaju bólu, jego charakteru, natężenia i czasu trwania, towarzyszących mu emocji, sposobów radzenia sobie z bólem oraz oceny skuteczności postępowania przeciwbólowego zastosowanego w Izbie Przyjęć.

Kolejnym narzędziem badawczym był arkusz obserwacyjny, który zawierał dane dotyczące podstawowych parametrów życiowych (tętno, ciśnienie tętnicze krwi, liczba i charakter oddechów), objawy ze strony pozostałych układów oraz reakcje emocjonalne i behawioralne manifestowane przez chorych. Do oceny nasilenia bólu użyto skali analogowo-wzrokowej (VAS), na której pacjenci zaznaczali natężenie bólu na odcinku 10 centymetrów, przy czym „0” oznaczało brak bólu, a „10” - ból „nie do wytrzymania”. Na podstawie danych z dokumentacji medycznej analizowano zastosowane postępowanie przeciwbólowe.

Poziom lęku oceniano we współpracy z psychologiem przy pomocy Kwestionariusza Samooceny STAI opracowanego przez *Spielberga* i wsp., a zaadoptowanego do warunków polskich przez *Tysarczyka* i *Wrześniewskiego*. Kwestionariusz różnicuje uczucie lęku powstałe jako stan przejściowy, uwarunkowany zaistniałą sytuacją (lęk jako stan) z lękiem jako względną stałą cechą osobowości. Uzyskane wyniki mogą wahać się w granicach od 20 punktów (niski poziom lęku) do 100 punktów (wysoki poziom lęku). Analizy statystycznej dokonano przy pomocy pakietu statystycznego Statistica 6.O.pl. Zastosowano elementy statystyki opisowej (średnia arytmetyczna, odchylenie standardowe, mediana, rozkład procentowy), a do badania zależności pomiędzy wybranymi zmiennymi – test t-Studenta, test Chi-kwadrat, analizę korelacji Spearmana oraz jednoczynnikową analizę wariancji dla pomiarów powtarzalnych (test post-hoc; test *Tuckeya* dla różnych liczebności).

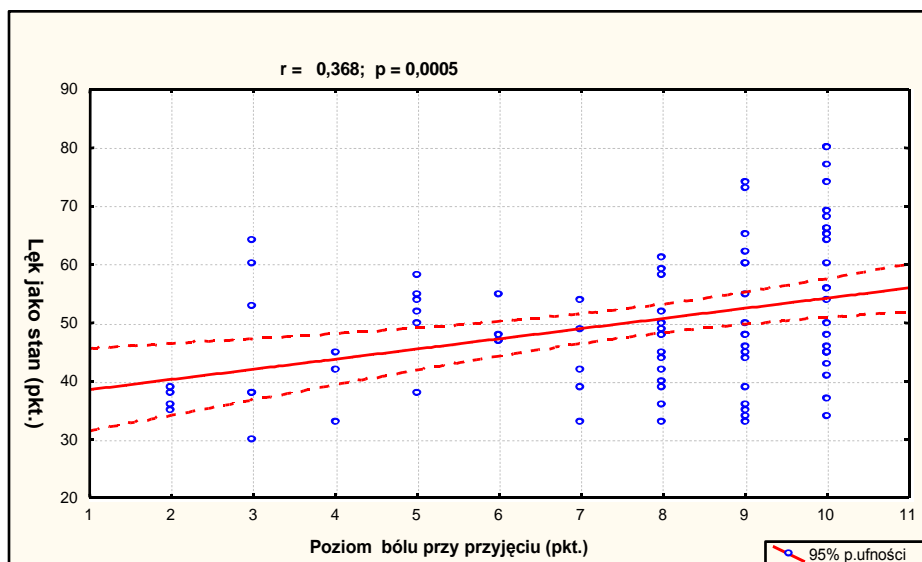
WYNIKI BADANIA

Przyczyny zgłaszania się chorych do Izby Przyjęć były zróżnicowane. Dominowały dolegliwości ze strony układu nerwowego i pokarmowego (po 19,8%), a następnie układu moczowego (15,1%) i krążenia (12,8%). W badanej grupie najczęściej występował ból ostry. Zauważono, że mężczyźni znacznie częściej niż kobiety zgłaszali się do Izby Przyjęć przy pierwszym ataku bólu (42,5% vs 26,1%, $p < 0,05$). Częstotliwość występowania dolegliwości bólowych była zróżnicowana. U 23 osób (26,7%) problem ten występował kilka razy w miesiącu, 25 osób (29,1%) określiło występowanie bólu jako „bardzo częste”, natomiast dla 7 (8,1%) był to problem codzienny. Badani chorzy opisywali występujący u nich ból jako: promieniujący (31,4%), rozrywający (24,4%) i kłujący (20,9%), a także przeszywający (19,8%), tępy (18,6%), piekący (15,1%), przenikający (13,9%), palący (8,1%), trawiący (3,5%) i świdrujący (1 osoba).

Charakterystyka badanej grupy pod względem wyjściowych parametrów krążeniowych i oddechowych oraz natężenia bólu nie wykazała istotnych różnic pomiędzy mężczyznami i kobietami, ani też między osobami z bólem ostrym i przewlekłym. Stwierdzono duże natężenie bólu w badanej grupie w chwili zgłaszania się do Izby Przyjęć (średnio $7,7 \pm 2,5$ pkt w skali VAS). Generalnie nie wykazano zależności pomiędzy natężeniem bólu przy przyjęciu do Izby Przyjęć, a parametrami życiowymi, chociaż u mężczyzn większemu nasileniu bólu towarzyszyło przyspieszenie tętna ($r = -0,3$) i obniżenie ciśnienia zarówno skurczowego, jak i rozkurczowego ($r = -0,3$, $p < 0,05$). W badanej grupie chorych do najczęstszych reakcji emocjonalnych związanych z hospitalizacją należały: wiara w pomoc ze strony personelu medycznego, którą deklarowały 32 (37,2 %) osoby, następnie lęk, który towarzyszył 31 (36 %) osobom, strach u 25 osób (29 %) i pragnienie uzyskania pomocy u 23 (27,4%). Innymi reakcjami, które wymieniali badani były: wiara w skuteczność zastosowanych leków, opanowanie, przygnębienie, złość, bunt i żal. Kobiety wyrażały znacznie częściej niż mężczyźni przekonanie o skuteczności farmakoterapii (23,9% vs 2,5%, $p < 0,01$). Tendencja ta miała odzwierciedlenie w zaufaniu do

personelu, które wyrażało 20 (43,5%) kobiet i 12 (30%) mężczyzn. Obawę o życie wyrażało 8 (17,4%) kobiet i 11 (27,5%) mężczyzn.

W badaniach analizowano również poziom lęku jako cechy oraz jako stanu. Stwierdzono, że kobiety i mężczyźni nie różnili się istotnie jego poziomem. Również typ bólu (ostry, przewlekły) nie wpływał na poziom lęku odczuwanego w chwili przyjęcia do szpitala. Osoby cierpiące z powodu bólu przewlekłego wykazywały natomiast tendencję do wyższego poziomu lęku jako cechy osobowości w stosunku do chorych z bólem ostrym (45 vs 50 pkt. w STAI, $p=0,069$). Poziom lęku jako stanu istotnie korelował z natężeniem bólu – im większe było natężenie bólu tym wyższy poziom lęku wykazywali badani ($p<0,001$) – ryc.1.



Ryc.1. Zależność pomiędzy natężeniem bólu przy przyjęciu do szpitala a lękiem jako stanem.

Fig. 1. Relationship between intensity of pain at admittance to hospital and anxiety as a state.

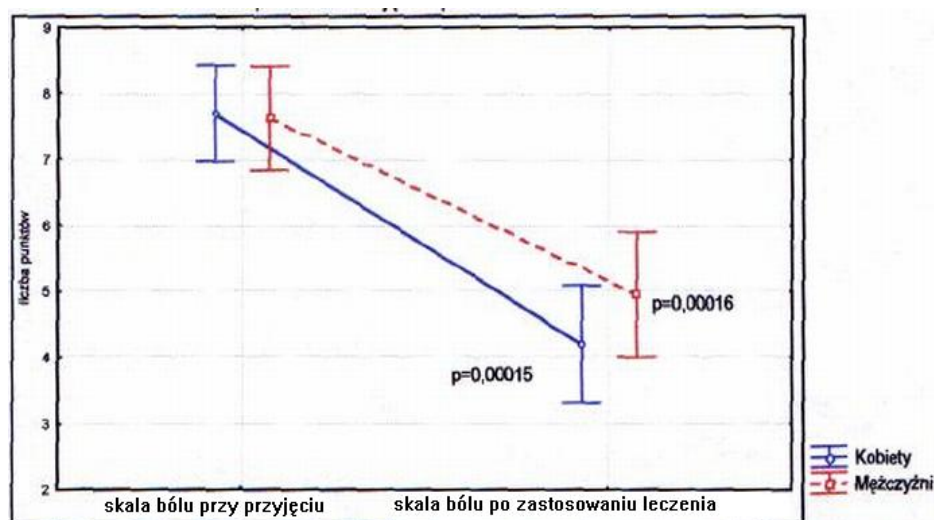
Nie zaobserwowano natomiast zależności pomiędzy lękiem jako cechą osobowości, a natężeniem bólu. Poziom lęku, zarówno jako stanu ($r=0,358$, $p=0,001$) jak i cechy ($r=0,324$, $p=0,004$) wzrastał również wraz z wiekiem badanych. Stwierdzono znamiennej statystycznie zależność pomiędzy lękiem jako cechą a lękiem jako stanem ($r = 0,438$, $p<0,0001$).

Próba określenia zależności pomiędzy charakterem bólu a jego intensywnością (przy podziale badanych według mediany) wykazała, że pacjenci cechujący się mniejszym natężeniem bólu częściej określali jego charakter jako tępy (28% vs 9,3%, $p=0,015$), natomiast ból przeszywający był częściej wymieniany w grupie chorych deklarujących większe nasilenie bólu (11,6% vs 27,9%, $p=0,03$). Pozostałe określenia bólu były podobne w obu podgrupach.

W badaniach analizowano również jak duża grupa pacjentów stosuje w domu leki przeciwbólowe. Stwierdzono, że dotyczy to 75,6% badanych – 45,3% kobiet

i 30,3% mężczyzn. Do najczęściej wymienianych leków należały preparaty zawierające paracetamol (Paracetamol, Apap, Codipar, Panadol) – 32,2% oraz niesterydowe leki przeciwzapalne - Ibuprom, Ibuprofen – 32,2%, Pyralgina – 16,9%, Polopiryna – 13,8% i Ketonal – 6,1%. Trzy osoby (4,6%) stosowały Tramal. Większość badanych (58,1%) twierdziła, że próbuje zwalczyć ból stosując również metody niefarmakologiczne najczęściej masaż (16,3 %) i ziołolecznictwo (15,1%). Z kolei w Izbie Przyjęć najczęściej podawanym lekiem była Pyralgina (38,3%), następnie Ketonal (20,9%), Dolargan (8,1%), Dicloratio (7,2%), Tramal (2,3%) i morfina (1,1%). U 6 (7,2%) pacjentów z chorobą niedokrwienną serca zastosowano Nitroglicerynę.

Po zastosowaniu farmakoterapii zaobserwowano znaczne zmniejszenie nasilenia bólu zarówno w grupie mężczyzn jak i kobiet (średnio – 3,12 pkt, w skali VAS, ryc.2).



Ryc. 2. Redukcja nasilenia bólu po zastosowaniu leczenia.

Fig. 2. Reduction in the intensity of pain after the application of treatment.

Maksymalna redukcja bólu wynosiła aż 10 punktów, a wzrost natężenia bólu w stosunku do poziomu wyjściowego – 2 punkty. Pacjentów poproszono również o opinie na temat skuteczności zastosowanego postępowania przeciwbólowego. Tylko połowa badanych kobiet i 35% mężczyzn uznało, iż postępowanie to było skuteczne. Pozostałe opinie dotyczące skuteczności leczenia przedstawiono w tabeli I.

Większość badanych (79,5 %) utrzymywała, że dolegliwości bólowe były dla nich powodem różnych ograniczeń. Za najbardziej dotkliwe pacjenci uważali ograniczenie aktywności fizycznej (69,1%), konieczność częstszych wizyt u lekarza (38,3%) i wycofanie z życia towarzyskiego (17,6%). Ból i ograniczenia z niego wynikające zmuszały też niektórych chorych do korzystania ze zwolnienia lekarskiego (11,7%).

Tabela I. Skuteczność postępowania przeciwbólowego w opinii pacjentów**Table I.** Efficiency of pain management procedure according to patients' opinions

Opinie nt. leczenia przeciwbólowego	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%
Leczenie skuteczne	23	50,0	14	35,0	37	43,0
Leczenie nieskuteczne	1	2,2	4	10,0	5	5,8
Częściowy pozytywny skutek	19	41,3	15	38,0	34	39,5
Chwilowo pozytywny skutek	1	2,2	3	7,0	4	4,7
Brak postępowania przeciwbólowego	2	4,3	4	10,0	6	7,0
Ogółem	46	100,0	40	100,0	86	100,0

Pionowe słupki odzwierciedlają 95% przedział ufności

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Współczesna medycyna zalicza niwelowanie bólu do swoich działań priorytetowych, a dynamiczny rozwój badań neurofizjologicznych i neurochemicznych, szczególnie w ostatnich trzech dekadach XX wieku przyczynił się do poznania i zrozumienia procesów związanych z bólem oraz sposobów jego łagodzenia [3].

Ból jest zjawiskiem często występującym. Według *Niżnikiewicza* [10] w Polsce najwięcej ludzi cierpi z powodu bólu wywodzącego się z układu nerwowego (w tym najwięcej z powodu bólu głowy 60%). Znalazło to również potwierdzenie w niniejszych badaniach, według których najwięcej pacjentów zgłaszało się do Izby Przyjęć z powodu bólu wywodzącego się właśnie z tego układu. Analizując rodzaj występującego bólu stwierdzono, że przeważali pacjenci z bólem ostrym w porównaniu do chorych z bólem przewlekłym (odpowiednio 73,3% i 26,7%). Taki rozkład procentowy w naszych badaniach jest rozbieżny z danymi *Hilgiera* [11], według których problem bólu przewlekłego dotyczy około 40-50% populacji. Przyczyną tej różnicy jest prawdopodobnie wybór miejsca badań.

Zadaniem Izby Przyjęć, w której prowadzono badania jest całodobowa pomoc w przypadkach nagłych, a osoby cierpiące przewlekłe są zwykle kierowane do lekarza rodzinnego lub innego specjalisty. W Polsce, pacjenci z bólem przewlekłym są leczeni głównie przez lekarzy rodzinnych, a tylko w niewielkim odsetku przez specjalistów leczenia bólu [12, 13]. Niniejsze badania potwierdzają te dane, bowiem żaden z ankietowanych pacjentów nie korzystał z usług lekarzy z Poradni Leczenia Bólu, a wielu chorych w ogóle nie było poinformowanych o funkcjonowaniu takiej placówki.

Uzyskane wyniki wskazują, że ponad połowa badanej grupy odczuwała ból bardzo często (8,1% nawet codziennie), a 75,6% badanych twierdziło, że stosuje

ogólnodostępne leki przeciwbólowe, przy czym w grupie tej dominowały kobiety (45,3%). Również w badaniach *Kostarczyk* [2] wykazano, że kobiety częściej cierpią z powodu bólu, częściej też korzystają z porad lekarskich i używają znacznie więcej środków przeciwbólowych. Do najczęściej zażywanych leków należały preparaty o działaniu przeciwbólowym zawierające paracetamol (32,2%). Leki z tej grupy są obecnie dostępne bez recepty. Równie dużą popularnością w badanej grupie pacjentów cieszyły się leki zawierające komponent przeciwzapalny jak np. Ibuprom (32,2%). Do stosowania tych leków zachęcają między innymi reklamy w mediach, które jak się okazuje mogą mieć duży wpływ na wybór tego środka.

W Izbie Przyjęć najczęściej podawanym lekiem przeciwbólowym była natomiast Pyralgina (38,3%) i to zarówno w bólu ostrym, jak i przewlekłym. Przeciętne natężenie bólu w momencie zgłoszenia się do Izby Przyjęć było wysokie (7–8 pkt. w skali VAS), a po zastosowaniu leczenia obniżyło się średnio o 3,12 pkt. Dane te sugerują, że u większości chorych ból nie był prawidłowo opanowany, co potwierdzają również opinie pacjentów, z których tylko 43% uważało zastosowane postępowanie przeciwbólowe za skuteczne. W warunkach Izby Przyjęć nie stosuje się również wystandaryzowanych skal do pomiaru bólu. Powyższe działania są rozbieżne z zasadami WHO, która zaleca szybką interwencję farmakologiczną już u osób z bólem powyżej 5 punktów według skali VAS [9].

Ból wpływa negatywnie na jakość życia chorych. Dotyczy to wszystkich jego sfer, przy czym ograniczenia fizyczne są najbardziej dotkliwe, jak uważa 69,1% respondentów. Reakcje na ból są indywidualne i wyrażają się w pobudzeniu układu autonomicznego, zmianach motoryki ciała i nastroju. Osoby doznające bólu odczuwają jednocześnie lęk o różnym nasileniu. W bólu ostrym jest to zazwyczaj lęk silny, który wzmacnia się wówczas, gdy chory nie rozumie zjawiska bólu i procesu chorobowego. Ból przewlekły jest natomiast traktowany jako samodzielna jednostka chorobowa, której towarzyszy nie tyle lęk, co nasilająca się z biegiem czasu depresja [3]. W grupie badanej lęk był dość często występującą reakcją na ból (36%), i był tym silniejszy im większe było natężenie bólu.

WNIOSKI

1. Wśród pacjentów zgłaszających się do szpitalnej Izby Przyjęć dominowały osoby z bólem ostrym.
2. Średnie natężenie bólu w badanej grupie było wysokie. Po zastosowaniu leczenia znacząco zredukowano jego natężenie, jednak duża grupa pacjentów uważała je za tylko częściowo skuteczne.
3. Kobiety i mężczyźni nie różnili się znacząco pod względem odczuwanego lęku. Poziom lęku zarówno jako cechy osobowości, jak i stanu korelował natomiast dodatnio z wiekiem badanych.
4. Osoby o większym natężeniu bólu wykazywały wyższy poziom lęku jako stanu.

Powyższe wyniki sugerują konieczność rzetelnej oceny zarówno natężenia bólu, jak i reakcji chorych na ból oraz podjęcia bardziej skutecznych metod jego zwalczania.

L. Płaszewska-Żywko, J. Janusz, M. Kózka, A. Reczek

PAIN AND ANXIETY LEVEL IN PATIENTS TREATED IN THE EMERGENCY UNIT

Summary

The objective of the study was the evaluation of pain sensations and level of anxiety among patients reporting to the Admittance Department. The evaluation covered the intensity of pain, factors affecting pain sensations, and efficiency of the pain management procedure applied.

Material and methods. The study covered 86 patients (46 males and 46 females) reporting to the Admittance Department of a general hospital. Patients without consciousness disorders who were not in the phase of pain during the examination were qualified for the study. The following research tools were applied: 1) Questionnaire form containing socio-demographic data and questions concerning pain and assessment of pain management procedures; 2) Observation chart designed for the evaluation of vegetative, emotional and behavioural responses; 3) Analogue-visual scale of pain intensity (VAS); 4) Spielberg State Anxiety Inventory (STAI) for the assessment of anxiety as a state and trait. For the analysis of results, the elements of descriptive statistics, t-Student test and chi-square test, Spearman correlation analysis, and single factor analysis of variance were applied.

Results. A high intensity of pain was observed in the group examined at reporting to the Admittance Department (mean 7.7 ± 2.5 scores acc. to the VAS Scale). Neither respondents' gender nor the type of pain (acute, chronic) affected the level of anxiety, although people with chronic pain showed a tendency towards higher levels of anxiety as a personal trait. The level of anxiety as a state significantly correlated with the intensity of pain ($p < 0.001$). In addition, the level of anxiety as a state ($r = 0.358$, $p = 0.001$) and as a trait ($r = 0.324$, $p = 0.004$) increased with age. After the application of pharmacotherapy, the intensity of pain was considerably reduced (by 3.12 scores acc. to the VAS Scale on average, $p < 0.001$); however, only a half of the females in the study and 35% of males admitted that this procedure was effective. The above-mentioned results suggest that it is necessary to comprehensively evaluate pain sensations in patients and undertake more efficient methods of pain control.

PIŚMIENNICTWO

1. Bogusz J. Encyklopedia dla pielęgniarek. Warszawa: PZWL; 1987.
2. Kostarczyk E. Neuropsychologia bólu. Poznań: Poznańskie Towarzystwo Przyjaciół Nauk; 2003.
3. Dobrogowski J. Wordliczek J. Medycyna bólu. Warszawa: PZWL; 2004.
4. Niżnikiewicz J. Wszystko o ból. Gdańsk: Wydawnictwo Tower Press; 2004.
5. Worz R. W: Farmakoterapia bólu. Red. R. Worz, Warszawa, PZWL; 1992.
6. Domżał T. Nerwobóle. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003.
7. Bishop G.: Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000.
8. Prescott L.: Paracetamol – przeszłość, teraźniejszość i przyszłość. Medycyna Praktyczna 2000, 12, 135–141.

9. Ł u c z a k J.: Ogólne zasady leczenia farmakologicznego bólu przewlekłego u ludzi starszych. *Medycyna Praktyczna* 1999; 10, 104, 131.
10. N i ż n i k i e w i c z J.: Wszystko o bólu. Wydawnictwo Tower Press,; Gdańsk 2004.
11. H i l g i e r M.: Deklaracja Europejskiej Federacji Oddziałów IASP. *Kwartalnik Ból* 2002, 3, 2: 54–55.
12. K o c o t - K ę p s k a M, D o b r o g o w s k i J.: Ocena badań epidemiologicznych dotyczących bólu przewlekłego nienowotworowego prowadzonych w Europie w 2002 roku przez Mundipharma. *Kwartalnik Ból* 2004, 5, 3, 18–19.
13. K ü b l e r A.: Postępy w anestezjologii i intensywnej terapii w 2004 roku. *Medycyna Praktyczna* 2005, 3, 283.

Data otrzymania: 23.11.2007.

Adres Autorów: 31–501 Kraków, ul. Kopernika 25, Wydział Ochrony Zdrowia Collegium Medicum Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa UJ.